

Bericht über die in der Universitätspoliklinik
für Ohren-, Nasen- und Halskrankheiten
vom 16. October 1890 bis 1. April 1893
behandelten Fälle.

INAUGURAL-DISSERTATION

zur

Erlangung der Doktorwürde

in der

Medicin, Chirurgie und Geburtshülfe

eingereicht bei der

hohen medicinischen Fakultät der Universität Marburg

von

Richard Ueberhorst

prakt. Arzt aus Basdorf.

22. August 1893.

Marburg.

Universitäts-Buchdruckerei (R. Friedrich).

1893.



Digitized by the Internet Archive
in 2025

Die Poliklinik für Nasen-, Ohren- und Halskrankheiten in Marburg begann ihre Thätigkeit unter der Leitung des Herrn Professor Dr. *Barth* am 16. October 1890. Von dieser Zeit bis zum 1. April 1891 wurden 227 Personen behandelt, die sich in Bezug auf Alter und Geschlecht folgendermassen verteilen:

bis zu 1 Jahr	2 männl.	+	1 weibl.	=	3
von 1—10 "	11 "	+	18 "	=	29
" 10—20 "	39 "	+	25 "	=	64
" 20—30 "	35 "	+	14 "	=	49
" 30—40 "	24 "	+	10 "	=	34
" 40—50 "	20 "	+	8 "	=	28
" 50—60 "	13 "	+	1 "	=	14
" 60—70 "	3 "	+	3 "	=	6
	147 männl.	+	80 weibl.	=	227

Die Zahl der Krankheitsfälle stellt sich auf 321. Die tabellarische Übersicht ist nach dem Schema geordnet, wie es zu den amtlichen Berichten für das statistische Amt benutzt wird. Danach zerfallen die beobachteten Krankheitsfälle in Krankheiten, **A)** des Ohres und **B)** der Nase, des Rachens und des Kehlkopfes.

B. Krankheiten der Nase, des Pharynx und Larynx.

Diagnose.	Männer.				Weiber.			
	rechts	links	beider- seits	Summa	rechts	links	beider- seits	Summa
I. Nase.								
Ekzema introitus	—	1	2	3	—	—	6	6
Epistaxis	—	2	2	4	—	—	1	1
Ozaena	—	—	2	2	—	—	5	5
Polypus	2	—	—	2	—	—	—	—
Rhinitis acuta	—	—	—	—	—	—	2	2
Rhinitis chron.	—	—	7	7	—	—	—	—
Lupus	—	—	—	—	—	—	2	2
Granulat. septi narium	—	—	—	—	—	—	1	1
Trauma	—	—	—	—	—	—	1	1
II. Muscheln-Scheidewand.								
Hyperplasia	—	—	8	8	—	—	2	2
Verkrümmungen	—	—	1	1	—	—	—	—
Ulcus septi	—	—	—	—	—	—	1	1
III. Highmorshöhle.								
Empyem	—	—	—	—	—	2	—	2
IV. Nasenrachenraum.								
Vegetat. adenoideae und Hyperplasia tonsillar.	—	—	5	5	—	—	6	6
V. Gaumen.								
Lähmung (doppels.)	—	—	—	—	—	—	2	2
VI. Tonsillen.								
Angina lacunar.	—	—	2	2	—	—	3	3
Entzündung	—	—	1	1	—	—	—	—
Hypertrophia	1	—	1	2	2	—	2	4
VII. Pharynx.								
Pharyngitis acut.	—	—	—	—	—	—	1	1
Pharyng. chron.	—	—	18	18	—	—	3	3
Pharyng. sicca	—	—	3	3	—	—	6	6
VIII. Larynx.								
Carcinoma	—	—	1	1	—	—	—	—
Laryngitis acuta	—	—	3	3	—	—	2	2
Laryngitis chronica	—	—	8	8	—	—	5	5
Laryngitis sicca	—	—	3	3	—	—	2	2
Ulcerata infiltrat. tubercul.	—	—	19	19	—	—	7	7
Neubildung gutartig	—	—	—	—	—	—	1	1
IX. Anderweit. Erkrankungen.	—	—	7	7	—	—	7	7
Summa	3	3	93	99	2	2	68	72
	99				72			

Die Zahl der vom 1. April 1891 bis 1. April 1892 Behandelten beträgt 405. Über Alter und Geschlecht der Krankheit geben folgende Tabellen Aufschluss.

Bis zu 1 Jahr	1 männl.	+	1 weibl.	=	2
von 1—10	38	+	23	=	61
10—20	50	+	36	=	86
20—30	73	+	42	=	115
30—40	34	+	15	=	49
40—50	21	+	15	=	36
50—60	21	+	7	=	28
60—70	12	+	5	=	17
70—80	8	+	2	=	10
80—90	1	+	—	=	1

259 männl. + 146 weibl. = 405.

Die Zahl der Krankheitsfälle stellt sich auf 543.

A. Krankheiten des Ohres.

Diagnose.	Männer.				Weiber.			
	rechts	links	beider-seits	Summa	rechts	links	beider-seits	Summa
I. Ohrmuschel.								
Ekzem	1	—	—	1	—	—	—	—
Erfrierung	—	1	—	1	—	—	—	—
II. Äusserer Gehörgang.								
Cerumen obturobtur. . . .	7	9	19	35	1	1	8	10
Ekzem	1	1	—	2	—	2	—	2
Fremdkörper	—	—	—	—	—	1	—	1
Furunkel	2	2	—	4	—	1	—	1
Otitis ext. diffusa	1	5	2	8	1	3	—	4
III. Mittleres Ohr.								
Catarrhus acut.	1	1	1	3	—	2	1	3
Catarrhus chron.	3	4	29	36	2	1	22	25
Tubencatarrh	—	—	1	1	—	—	—	—
Otitis media acuta	7	5	2	14	3	3	—	6
Otitis media purul. acut. .	1	1	—	2	2	—	—	2
Otitis media purul. chron. .	5	6	6	17	4	5	7	16
a) mit Cholesteatom . . .	—	—	—	—	1	—	—	1
b) mit Polypen u. Granul. .	6	—	1	7	2	—	—	2
Residuen chron. Eiterung .	7	4	10	21	6	7	3	16
Ankylose	—	—	—	—	—	1	—	1
IV. Inneres Ohr.								
Nerventaubheit acut. . . .	—	—	1	1	—	—	—	—
Nerventaubheit chron. . . .	—	—	—	—	—	—	1	1
Nervöse Schwerhörigkeit . .	1	3	25	29	1	1	7	9
Sensorische Taubheit . . .	—	—	1	1	—	—	—	—
Summa	43	42	98	183	23	26	51	100
	183				100			

B. Krankheiten der Nase, des Pharynx und Larynx.

Diagnose.	Männer.				Weiber.			
	rechts	links	beider- seits	Summa	rechts	links	beider- seits	Summa
I. Nase.								
Ekzema introitus	—	—	8	8	—	—	9	9
Epistaxis	1	1	8	10	—	—	4	4
Ozaena	—	1	13	14	—	—	7	7
Polypus	1	1	2	4	1	2	1	4
Rhinitis acuta	—	—	3	3	—	—	1	1
Rhinitis chronica	—	—	9	9	—	—	—	—
Rhinitis scrophul.	—	—	1	1	—	—	1	1
Rhinitis purulenta	—	—	1	1	—	—	2	2
Ulcerationes syphilit.	—	—	1	1	—	—	—	—
Rhinosklerom	—	—	—	—	—	—	1	1
Lupus	—	—	—	—	—	—	2	2
Erfrierung	—	—	1	1	—	—	—	—
II. Muskeln-Scheidewand.								
Hyperplasia	1	1	23	25	—	1	8	9
Perforatio septi	—	—	—	—	—	—	2	2
Verkrümmungen	—	—	1	1	—	—	—	—
Ulcus septi	—	—	—	—	—	1	—	1
III. Highmorshöhle.								
Empyem	—	1	—	1	—	—	—	—
IV. Stirnhöhle.								
Empyem	—	—	—	—	—	1	—	1
V. Nasenrachenraum.								
Vegetationes adenoideae u. Hyperpl. tonsill.	—	—	12	12	—	—	8	8
VI. Gaumen.								
Lähmung	—	—	1	1	—	—	1	1
Tuberkulose	—	—	—	—	—	—	1	1
VII. Tonsillen.								
Angina lacun. (follicul.)	—	—	1	1	—	—	1	1
Angina sicca	—	—	—	—	—	—	1	1
Entzündung	—	—	1	1	—	—	2	2
Hypertrophie	1	—	13	14	—	—	5	5
VIII. Zunge.								
Hyperplasia glandul. bas.	—	—	1	1	—	—	—	—
IX. Pharynx.								
Diphtheria	—	—	2	2	—	—	—	—
Pharyngitis acuta	—	—	1	1	—	—	2	2
Pharyngitis chronica	—	—	15	15	—	—	1	1
Pharyngitis sicca	—	—	5	5	—	—	2	2

Diagnose.	Männer.				Weiber.			
	rechts	links	beider-seits	Summa	rechts	links	beider-seits	Summa
X. Larynx.								
Trauma	—	—	1	1	—	—	—	—
Laryngitis acuta	—	—	5	5	—	—	2	2
Laryngitis chronica	—	—	8	8	—	—	1	1
Laryngitis sicca	—	—	3	3	—	—	1	1
Carcinoma	—	—	—	—	—	—	1	1
Polypen	—	—	—	—	1	—	—	1
Ulcerationes tubercul.	—	—	7	7	—	—	5	5
Ulcerationes syphilit.	—	—	1	1	—	—	—	—
XI. Anderweit. Erkrankungen	—	—	10	10	—	—	14	14
Summa	4	5	158	167	2	5	86	93
	167				93			
	260							

Vom 1. April 1892 bis 1. April 1893 wurden 491 Personen behandelt mit 691 Krankheitsfällen. Von den Kranken waren dem Alter nach:

bis zu 1 Jahr	2 männl.	+	1 weibl.	=	3
von 1—10	28	+	38	=	66
„ 10—20	65	+	58	=	123
„ 20—30	100	+	43	=	143
„ 30—40	32	+	16	=	48
„ 40—50	29	+	19	=	48
„ 50—60	24	+	14	=	38
„ 60—70	12	+	4	=	16
„ 70—80	5	+	—	=	5
„ 80—90	1	+	—	=	1
298 männl. + 193 weibl. = 491.					

Die Zahl der Krankheitsfälle beträgt 691.

B. Krankheiten der Nase, des Pharynx und Larynx.

Diagnose.	Männer.				Weiber.			
	rechts	links	beider- seits	Summa	rechts	links	beider- seits	Summa
I. Nase.								
Ekzema introitus	—	—	7	7	—	—	17	17
Epistaxis	1	5	3	9	1	—	2	3
Ozäna	1	3	6	10	—	—	16	16
Polypus	3	1	2	6	—	1	1	2
Rhinitis acuta	—	—	4	4	—	—	1	1
Rhinitis chronica	—	—	2	2	—	—	3	3
Rhinitis purulenta	—	—	3	3	—	—	5	5
Lupus	—	—	—	—	—	—	1	1
Trauma	—	—	—	—	—	—	1	1
Comedonen	—	—	2	2	—	—	2	2
Verruca	—	—	—	—	—	—	1	1
Furunkel	—	—	—	—	—	—	1	1
Tuberkulose	—	—	—	—	—	—	1	1
II. Muscheln-Scheidewand.								
Hyperplasia	5	2	35	42	1	—	14	15
Verkrümmungen	—	—	4	4	—	—	1	1
Ulcus sepsi	—	1	—	1	—	—	—	—
Abscess am Septum	—	1	—	1	—	—	—	—
III. Highmorshöhle.								
Empyem	—	1	—	1	1	—	—	1
Maligner Tumor	—	—	—	—	—	1	—	1
IV. Stirnhöhle.								
Empyem	—	1	—	1	—	—	—	—
V. Nasenrachenraum.								
Vegetationes adenoideae u. Hyperplas. tonsill.	—	—	15	15	—	—	9	9
VI. Gaumen.								
Lähmung	—	—	2	2	—	—	—	—
Lupus uvulae	—	—	—	—	—	—	1	1
VII. Tonsillen.								
Abscess. Peritonsillitis	—	—	1	1	—	—	—	—
Angina lacunar. (follicul.)	—	—	2	2	—	—	1	1
Entzündung	1	—	1	2	—	—	—	—
Hypertrophie	1	—	14	15	—	—	6	6
VIII. Zunge.								
Psoriasis	—	—	1	1	—	—	—	—
IX. Pharynx.								
Diphtheria	—	—	1	1	—	—	—	—
Pharyngitis acuta	—	—	10	10	—	—	2	2
Pharyngitis chronica	—	—	15	15	—	—	10	10
Pharyngitis sicca	—	—	10	10	—	—	11	11
Ulcerationes syphilit.	—	—	—	—	—	—	1	1

Diagnose.	Männer.				Weiber.			
	rechts	links	beider- seits	Summa	rechts	links	beider- seits	Summa
X. Larynx.								
Laryngitis acuta	—	—	9	9	—	—	1	1
Laryngitis chronica . . .	—	—	5	5	—	—	1	1
Laryngitis sicca	—	—	4	4	—	—	3	3
Paresen und Paralysen .	—	—	1	1	—	—	4	4
Polypen	—	1	—	1	—	—	—	—
Ulcerationes tubercul. . .	—	—	12	12	—	—	4	4
Pachydermia	—	—	2	2	—	—	1	1
Habituelle Mundatmung	—	—	1	1	—	—	—	—
XI. Anderweit. Erkrankungen	—	—	18	18	—	—	18	18
Summa	12	16	193	221	3	2	140	145
	221				145			
	366							

Es sei mir nun gestattet, im Anschluss an bemerkenswerte Fälle auf einige Erkrankungen näher einzugehen namentlich auf solche, bei denen wir auf Grund der gesammelten Erfahrungen in einzelnen Punkten von der Meinung anderer Autoren abweichen.

Bei den sieben gefundenen Fremdkörpern im äusseren Gehörgang handelte es sich zweimal um Fliegen, einmal bei einer hysterischen Patientin um einen Papierpfropf, einmal um eine Bohne, ferner einmal um ein Stückchen Zwiebel, welches, wie anderwärts, auch in hiesiger Gegend gern gegen Zahnschmerzen in den Gehörgang gelegt wird, und in zwei Fällen um einen Wattenpfropf, von denen der eine ganz incrustiert war und so anfangs einen Sequester vortäuschte. Derselbe wird noch untersucht und von anderer Seite beschrieben werden.

Bei den 23 beobachteten Fällen von *Otitis externa diffusa* war die Aetiologie meist unklar, nur in einzelnen Fällen liess sich dieselbe feststellen, so war in einem die Erkrankung von

einem an Neurasthenie leidenden Patienten durch mechanische Reizung künstlich hervorgebracht, zweimal war sie entstanden nach Fremdkörpern, einmal nach Influenza, zweimal im Anschluss an eine chronische Mittelohreiterung und einmal nach einer acuten Rhinitis. Gleichzeitig bestand in zwei Fällen ein scrophulöses Nasenekzem und in dreien ein Ekzem der Ohrmuschel. Ein ätiologischer Zusammenhang zwischen der Otitis und der gleichzeitig bestehenden andern Erkrankung ist natürlich nicht in jedem einzelnen Falle nachzuweisen, manchmal auch nicht wahrscheinlich. Siebenmal war die Affection doppelseitig. In zwei Fällen war die Erkrankung derart, dass man anfangs zweifelhaft war, um was es sich handelte. Es bestand eine starke Schwellung und Verlegung des ganzen Gehörganges und ein starkes Oedem der Ohrmuschel, das nach hinten und oben bis in die behaarte Kopfhaut reichte. Die geschwellenen Partien waren überall druckempfindlich. Bei dem einen Patienten war die Körpertemperatur normal und das Allgemeinbefinden ein gutes, und gingen hier die Erscheinungen nach der Behandlung mit Eis in drei Tagen ganz zurück, während in dem anderen Falle die Temperatur mässig erhöht, die Zunge stark belegt war und Obstipation bestand; hier musste eine Incision an einer fluctuierenden Stelle des oberen Gehörgangs gemacht werden, worauf bald Heilung eintrat.

Die Behandlung der Otitis externa, sowohl der furunculosa als diffusa, erfolgte im wesentlichen so, dass die Kranken sich täglich in der Sprechstunde einfinden mussten. Hier wurde zunächst der Gehörgang mit warmer ca. $\frac{1}{2}$ ‰ Sublimatlösung ausgespritzt, sorgfältig ausgetrocknet und vor allem die aufgeweichten, schmierigen Epidermismassen, welche schon in den ersten Tagen der Behandlung den Gehörgang überzogen, sorgfältig mit einem in Carbollösung getauchten Wattetupfer ausgewischt. Hierauf wurde ein Wattetampon eingelegt, der in eine Lösung von 1:1000 Suplimat getaucht war. Über diesen Tampon kam bei geringer Schmerzhaftigkeit ein Priessnitzscher Umschlag, bei stärkeren Schmerzen anhaltende Kälte zur An-

wendung. War alle Schmerzhaftigkeit und Schwellung verschwunden, nur hier und da noch eine oberflächlich wunde Stelle, so wurde noch einige Tage lang ein Tampon eingelegt, der mit weisser Praecipitat- oder grauer Salbe bestrichen war. Diese Behandlungsmethode scheint uns von allen, die wir kennen gelernt haben, die vorteilhafteste zu sein. Nur bei einer Form der Otitis externa möchten wir sie nicht empfehlen, einer Form, die gerade durch ihr eigentümliches Verhalten gegen die eben beschriebene Behandlungsweise sich von den übrigen unterscheidet. Wenn die Patienten kommen mit Klagen über Schmerzen im Ohr, dann ist die Schwellung im Gehörgang gewöhnlich recht gering, auch die Rötung nicht besonders ausgesprochen, ebenso besteht keine oder nur geringe Sekretion. Die Schmerzen scheinen im Vergleich zu diesen Erscheinungen verhältnismässig stark zu sein. Wendet man hier die feuchten Sublimattamppons an, so wird ebenfalls die oberflächliche Epidermisschicht aufgeweicht, sie stösst sich aber an einzelnen kleinen Stellen bis auf das Corium ab, so dass man nur kleine, oberflächliche, in der Mitte schmutzig gelb belegte und mit einem roten Saum umgrenzte Geschwürchen findet, die bei Berührung äusserst empfindlich sind. Auch der spontane Schmerz nimmt noch eher zu, als dass er nachlässt. Für diese Fälle haben wir an Stelle der feuchten Tamponade die mit Salbe vorteilhafter gefunden. Die Geschwürchen kann man auch, am besten nach Cocainisierung, einigemale oberflächlich ätzen. Unter den Formen der Otitis externa, welche unter nur sehr geringen oder gar keinen Zeichen der Entzündung und ohne Schmerzen, dafür aber mit starkem Jucken verlaufen, finden sich ab und zu welche, die den bekannten Mitteln mit grosser Hartnäckigkeit widerstehen; in solchen Fällen brachte einigemale Oleum Rusci in gleichen Teilen mit Lanolin, mehrmals eingestrichen, guten Erfolg. Auch das reine Oleum Rusci pflegt zu wirken, trocknet aber bald ein, blättert in Schuppen ab und lässt den Gehörgang trocknen, so dass ohne Beimischung von Lanolin leicht Recidive kommen.

Von den vier beobachteten Trommelfellverletzungen war bei einer die Ursache unklar; es fand sich bei derselben am unteren Ende des Hammergriffs ein frischer Bluterguss. Bei einem 13jährigen Knaben war dieselbe entstanden nach einer vom Lehrer erhaltenen Ohrfeige; Patient klagte über Schwindel, Gefühl von Taubheit und subjective Geräusche in dem betreffenden Ohr. Das Trommelfell zeigte eine dreieckige Perforation mit unebenen Rändern im unteren vorderen Quadranten; ein Bluterguss war nicht vorhanden. Nach 14 Tagen war die Perforation geheilt und die Hörfähigkeit eine normale. In dem dritten Falle war durch unvorsichtiges Ausspritzen des Ohres von Seiten eines Arztes eine Perforation entstanden; diese war, als Patient sich vorstellte, bereits verheilt, nur wurde noch über sehr lästige subjective Geräusche geklagt, während die Hörfähigkeit gut war. Der letzte Fall betrifft einen Fuhrmann, der von einem in voller Fahrt befindlichen Wagen gefallen war, wobei das Ohr von einem Rade geschrammt wurde. Patient bekam nach einem geringen Blutverluste einen leichten Schwindel, befand sich aber im übrigen ganz wohl, sodass er sofort wieder seiner Arbeit nachging. Elf Tage später stellte er sich zum ersten Male vor, und es fand sich an der linken Ohrmuschel eine perforierende Verletzung. Beide Gehörgänge waren mit eingedicktem, fötiden Eiter gefüllt; am rechten Trommelfell fand sich ein kleines, schmutzig aussehendes Geschwür am vorderen oberen Quadranten, eine Perforation war nicht deutlich zu erkennen. Es wurde nach einer antiseptischen Ausspülung der Gehörgänge Tribromphenol, mit Borsäure vermischt, eingeblasen und ein Verband angelegt. Nach zwei Tagen konnte am rechten Trommelfell eine nierenförmige Perforation kurz unter dem Umbo festgestellt werden. Der Patient, der scheinbar ärztliche Behandlung nur deshalb aufgesucht hatte, um eine abzusitzende Strafe durch ein ärztliches Attest aufzuschieben, blieb aus der Behandlung fort, nachdem er seinen Zweck erreicht hatte.

Auf das Tribromphenol als Mittel zur Behandlung von eiternden Flächen wurde Herr Prof. Dr. *Barth* vor mehreren Jahren durch Herrn Dr. *Grimm* ¹⁾ aufmerksamer gemacht. Es ist im Wasser sehr schwer löslich und zunächst aus rein theoretischen Gründen wahrscheinlich viel stärker antiseptisch wirkend als die meisten antiseptischen Pulver. Von uns wurde es ausschliesslich angewandt in 1% Mischung mit pulverisierter Borsäure. Niemals wurde eine schädigende Wirkung beobachtet, dagegen trat in manchen Fällen recht schnell eine auffallende Wendung zur Besserung und Heilung ein, so bei diffuser Otitis externa mit mässiger Schwellung und starker Sekretion, wie man sie oft bei scrophulösen Kindern beobachtet, bei Mittelohreiterungen, in einigen Fällen von Empyem der Highmorshöhle, wo Einblasungen von Jodoform ohne merklichen Einfluss geblieben waren. Auch bei eitriger Sekretion der Nasenschleimhaut würde sich der Versuch empfehlen. Für letztere Fälle ist es von uns noch nicht in Anwendung gezogen, weil es bisher nur in der Sprechstunde von uns selbst appliciert wurde. Jedenfalls glauben wir in dem Tribromphenol ein Mittel kennen gelernt zu haben, das den Fachgenossen zu Versuchen dringend empfohlen werden muss.

Bei den 56 Fällen von Otitis media acuta ist erwähnenswert, dass die grösste Anzahl derselben in den Monaten Januar, Februar und März beobachtet wurden; so fielen auf den Januar 8, Februar 11, März 14, April 4, Mai 6, Juni 4, Juli 2, August 2, October 2, November 1 und Dezember 2 Fälle. Nach dieser Zusammenstellung fällt die von anderer Seite beobachtete Steigerung im Herbst aus. Als Ursache konnte zehnmal Rhinitis acuta, je zweimal Angina und Influenza, zweimal eine durch ein kaltes Bad zugezogene Erkältung und einmal eine Stomatitis festgestellt werden. Dreimal bestand gleichzeitig eine abge-

1) Früher Assistent an der chirurgischen Klinik zu Berlin, zur Zeit in japanischen Diensten.

laufene Mittelohreiterung, zweimal ein chronischer Mittelohrkatarrh, je einmal nervöse Schwerhörigkeit und Furunkulose des Gehörgangs. Die Paracentese des Trommelfells wurde in sieben, die Eröffnung des Warzenfortsatzes in drei Fällen ausgeführt, auf letztere will ich nicht näher eingehen, weil darüber später einmal eingehender berichtet werden soll.

Bei den 103 Fällen von chronischer Mittelohreiterung wurde siebenmal Scharlach, viermal Diphtherie, je einmal Masern, Pneumonie, Influenza, Erysipel, Dysenterie, Meningitis und ein Trauma als Ursache angegeben; in den übrigen Fällen war die Aetiologie unklar. Die Erkrankung war 26 mal compliciert mit Polypen und Granulationen, 7 mal mit Cholesteatom, je einmal mit Otitis media acuta, Rhinitis acuta und Ozäna. Dreimal war der Processus mastoideus mit in Mitleidenschaft gezogen.

Wir wollen hier bemerken, dass wir seit längerer Zeit bei Granulationen im Ohr nie mehr den scharfen Löffel anwenden. Sitzen sie flächenförmig z. B. der innern Mittelohrwand auf, so kommt man mit Ätzmitteln ebenso weit, jedoch in einer für den Kranken weit weniger unangenehmen Weise. Verschliessen sie jedoch eine kleine Perforationsöffnung oder einen in den Knochen führenden Fistelgang und geben dadurch leicht zu Verhaltungserscheinungen Veranlassung, so haben wir früher im Anschluss an einen Eingriff mit dem scharfen Löffel mehrfach acute Reizerscheinungen beobachtet, die bei Behandlung mit Ätzmitteln bis jetzt noch nicht bemerkt wurden. Im Gegenteil scheint durch Schrumpfung der Granulationen der Sekretabfluss sofort freier zu werden. Es mag hier angefügt werden, dass alle derartigen Eingriffe auch hier bei kleinen Kindern nur unter Cocainanaesthesie vorgenommen werden, ebenso die in den oberen Luftwegen. Intoxicationsercheinungen haben wir bisher nicht beobachtet.

In vier Fällen von Mittelohreiterung ist nach dem eigentümlichen Befund am Ohr die Diagnose auf eine tuberkulöse Erkrankung gestellt worden. Bei allen vierten fanden sich auch Veränderungen an den Lungen. Damit ist nicht gesagt, dass

nicht auch unter den übrigen Mittelohreiterungen noch eine Anzahl als tuberkulöse aufgefasst werden müsste; sie boten aber im Vergleich zu sonstigen Mittelohreiterungen keine besonderen Unterscheidungsmerkmale, welche auf die Diagnose der Tuberkulose hätten hinweisen müssen. Wir haben im Gegensatz zu vielen Autoren die Überzeugung gewonnen, dass auch bei Mittelohreiterungen mit ausgesprochenen Erscheinungen der Tuberkulose Bacillen in der Regel nicht nachzuweisen sind, sondern höchstens in seltenen Fällen gefunden werden. Herr Prof. *Barth* hat schon früher in ausgesprochenen Fällen von Tuberkulose Eiter auf Bacillen ohne Erfolg untersucht. Ebenso erging es mir bei der Untersuchung der mir zu Gebote stehenden Fälle. In den letzten Wochen wurde von zwei Kranken, die charakteristische Erscheinungen am Ohr zeigten, mehrfach Sekret an das hygienische Institut geschickt mit der Bitte, es der sorgfältigsten Untersuchung zu unterziehen. Auch hier waren die Resultate negativ. Den einen Fall erlaube ich mir wegen seines für Tuberkulose charakterischen Verlaufes anzuführen. Es handelt sich um einen 26jährigen Mann, der eine halbe Stunde später, nachdem ihn seine Braut scherzes halber am Ohrläppchen gezupft hatte, unter geringen Schmerzen einen wässerigen Ausfluss aus dem Ohre bemerkte. Nachdem dieser acht Tage lang bestanden, kam Patient in unsere Behandlung. Nach Reinigung des Gehörgangs durch vorsichtiges Ausspritzen, zeigte sich das Trommelfell mässig diffus gerötet und verdickt, auf der Oberfläche wie mit kleinsten Granulationen besetzt. Im vorderen unteren Quadranten befand sich eine gut stecknadelkopfgrosse Perforation. Der Ausfluss war serös eiterig, nicht schleimig. Vier Tage später fand sich unterhalb der ersten Perforation in der Entfernung von ungefähr 1 mm eine zweite, punktförmige. Beide vergrösserten sich langsam und waren zwei Tage später zu einer in Form einer Acht zusammenge laufen. Dann rundeten sich die Ränder allmählich ab, und schon elf Tage später, als Patient, da er Marburg verliess, sich zum letzten Male vorstellte, hatte die Perforation um den

Hammergriff herum eine Nierenform angenommen. Die locale Behandlung der Eiterung blieb ohne Einfluss. Die Erscheinungen am Ohr gaben Veranlassung zur Untersuchung der Lungen, die ausgesprochene Erkrankung zeigten. Wir müssen hier nochmals die Überzeugung aussprechen, dass, wenn in solchen frischen Erkrankungsfällen mit so ausgesprochenen Symptomen keine Bacillen gefunden werden, die Aussicht darauf bei alten chronischen Eiterungen noch viel geringer ist. Man wird die Diagnose einer tuberkulösen Mittelohreiterung eben auch in Zukunft aus den übrigen Symptomen zu stellen gezwungen sein, ohne dass man sich auf den Fund von Bacillen stützen kann.

Unter nervöser Schwerhörigkeit resp. Taubheit haben wir, da sich eine genaue Grenze nicht ziehen lässt, zunächst alle die Fälle verstanden, die von allen Beobachtern dahin gerechnet werden, wie z. B. bei Kesselschmieden, nach Infektionskrankheiten, wo eine Verletzung des innern Ohres oder des Acusticus anzunehmen ist, nach Trauma des inneren Ohres, ausserdem aber auch die höheren Grade des chronischen Mittelohrkatarrrhs, bei welchen aus den Erscheinungen der Hörprüfung und der erfolglosen Therapie eine Beteiligung des innern Ohres resp. des Acusticus angenommen werden musste.

Im Anschluss an die nervöse Schwerhörigkeit teilen wir eine Krankengeschichte mit, die anscheinend als Trauma des innern Ohres aufzufassen, aber uaffallend ist, durch die günstige Wirkung der Massage (nach Delstanche) in Bezug auf Hörfähigkeit, Schwindel und subjective Geräusche. Es handelt sich um einen 26jährigen Mann, der vor vier Wochen von einer hohen Treppe rückwärts herunter gefallen war. Er war darauf einige Stunden lang bewusstlos und litt seitdem fortwährend an Schwerhörigkeit, Schwindel und Sausen auf dem linken Ohre. In den ersten 14 Tagen hatte er auch zuweilen Erbrechen. Die Trommelfelle waren beide intact. Flüstersprache (3,8) wurde rechts auf 4 m, links leise, laute Sprache am Ohr gehört. Die Stimmgabeluntersuchung ist leider nicht notiert. Nach der

Massage wurde links Flüstersprache (3,8) auf $\frac{1}{2}$ m vernommen. Der Patellarreflex war normal, Stehen mit geschlossenen Augen und Rückwärtsgehen sicher. Drei Tage später war links die Hörfähigkeit noch die frühere, rechts betrug dieselbe für Flüstern 6 m. Nach der Massage aber wurde links Flüstern (3,8) 3 m und (6,20) 5 m weit gehört. Mit der Verbesserung der Hörfähigkeit liessen die subjectiven Geräusche und der Schwindel nach, nur beklagt sich Patient noch, dass er auf der Strasse bei starkem Lärm und auch bei sehr lautem Sprechen sehr schlecht höre.

Unter sensorischer Taubheit ist dieselbe Erkrankung verstanden, die *Wernicke* im Jahre 1874 zum ersten Male beschrieben und mit »sensorischer Aphasie« bezeichnet hat. Zur Begründung des Ausdrucks »sensorische Taubheit« verweise ich auf den Vortrag des Herrn Prof. *Barth*, den derselbe in der Versammlung der Ohrenärzte im Jahre 1892 zu Frankfurt a. M. über diese interessante Erkrankung gehalten hat. Ich will mich hier nur auf die Mitteilung zweier diesbezüglicher Krankengeschichten beschränken. In dem einen Falle handelte es sich um einen 68jährigen Dachdecker, der vor kurzer Zeit zwei apoplectische Insulte erlitten hatte. Nach dem zweiten Anfall wurde die Sprache unverständlich, Patient fing an zu schimpfen und zu toben. Dann lag er wieder ruhig da und gab keine Antwort mehr. Von Zeit zu Zeit sprang er auf, schlug um sich und schrie laut auf. Er wurde deshalb in die Irrenheilanstalt verbracht, wo er häufigen Wechsel in der Stimmung zeigte und anfangs die Nahrungsaufnahme verweigerte. Auf Anreden nickte er entweder oder sprach unverständliches und unzusammenhängendes Zeug. Schrieb man ihm etwas auf, so verstand er das und gab schriftlich oder mündlich Antwort. Dabei aber machte sich eine ausgesprochene Paraphasie bemerkbar, die nachher geringer wurde. Eine von Herrn Prof. *Barth* angestellte Untersuchung ergab folgendes: Patient sitzt im allgemeinen teilnahmslos da und bekümmert sich nicht um das, was um ihn vorgeht. Tritt man an ihn heran und reicht ihm die Hand, so ist er sehr freundlich: »Ich begrüsse Sie«

u. s. w. Stellt man nun an ihn Fragen, so antwortet er häufig, aber immer Sachen, die zur Frage in keiner Beziehung stehen und die oft ganz unverständlich sind. Schreibt man ihm etwas auf, so liest er es, indem er es leise vor sich hin spricht und giebt dann mündlich Antwort. Bei der Hörprüfung findet sich, dass er laute und geflüsterte Sprache hört, aber auf die Aufforderung nachzusprechen, geschieht dies nicht oder wenigstens nie richtig, auch nicht einmal bei einzelnen Vocalen oder Sylben. Bei der Prüfung mit der Stimmgabel hört er c , c^1 , c^2 , c^3 , c^4 , c^5 ziemlich gut, sodass dementsprechend Flüstersprache mindestens auf $\frac{1}{2}$ m Entfernung verstanden werden müsste. Ein Unterschied in der Tonhöhe scheint ihm zum Bewusstsein zu kommen: c^1 = »es brummt«, c^2 = »es ist ein schöner Ton«. Bei der Aufforderung nachzusingen, hört er nach dem Tone hin, macht aber zum Nachsingen keinen Versuch, sondern sagt: »Ja, das konnten wir mal«. Personen soll er nach dem Klang der Stimme unterscheiden können; so erkannte er seinen Sohn am Biertisch an der Stimme unter Anderen heraus. Ausserdem besteht eine mässige Paraphasie. Patient verfolgt die Untersuchung mit Interesse und erzählt zu Hause, was mit ihm vorgenommen worden ist. Er besteht übrigens darauf, seine Thätigkeit als Dachdecker fortzusetzen. Er steigt aufs Dach, nimmt Abmessungen vor u. s. w. Auch seine Bücher führt er selbst und zwar richtig. Zeichen psychischer Erkrankung sind zur Zeit nicht da. Leider war es trotz mehrfacher Bemühungen nicht möglich, den Patienten noch weiter zu beobachten. Es soll nach Angaben, die wir noch in letzter Zeit von seinen erwachsenen Söhnen erhielten, in der Taubheit keine Veränderung eingetreten sein. Dagegen sei sein ganzes Wesen sehr misstrauisch, mürrisch und unzugänglich.

Auch der nächste Fall scheint hierher zu gehören. Er betrifft einen 24jährigen Schuhmacher, der seit 15 Jahren nach einer Gehirnentzündung beiderseits schwerhörig ist. Das rechte Trommelfell ist getrübt und zeigt in seiner vorderen Hälfte eine Narbe; am linken ist nichts besonderes. Flüstern wird links

am Ohr gehört, rechts dagegen wird lautes Schreien nicht verstanden. Die Stimmgabelprüfung ist ganz unsicher. Im Verhältnis zur Hörfähigkeit des linken Ohres versteht Patient Sprache recht schlecht. Einzelne Worte spricht er leicht nach, zusammenhängende Sätze muss man oft wiederholen. Er giebt auch an: »Ich höre ganz gut, nur wenn die Leute so schwätze, das verstehe ich nit«.

Die Zahl der beobachteten Fälle von Ozäna beträgt 54, davon betreffen 28 das weibliche und 26 das männliche Geschlecht, während nach andern Statistiken diese Erkrankung beim ersteren fast doppelt so häufig wie beim letzteren vorkommt. Aufschluss über Alter und Geschlecht giebt folgende Tabelle:

Jahr	Männlich	Weiblich	Summe
10—20	5	4	9
20—30	13	14	27
30—40	2	3	5
40—50	4	4	8
50—60	2	3	5
	26	28	54

Die Aetiologie war meist unklar, nur bei zwei Kranken hatte sich die Ozäna nach Diphtherie entwickelt. Syphilis konnte niemals festgestellt werden, Scrophulose bestand in einzelnen Fällen. Zweimal litten einige Familienmitglieder gleichzeitig an der Erkrankung, so in dem einen Falle die Mutter und eine Schwester der Patientin, in dem andern zwei Schwestern. In zwei Fällen war nur eine Nasenhöhle erkrankt, die andere war dabei in dem einen ohne Anomalie, in dem andern enthielt sie Polypen. 23 mal bestand die Ozäna allein, 24 mal war sie mit Pharyngitis sicca und 9 mal mit Pharyngitis und Laryngitis sicca compliciert. Die Pharyngitis sicca kam allein vor in 3, die Laryngitis sicca in 4, beide zusammen in 3 Fällen. Bei der Angabe, dass unter 54 Fällen von Ozäna 33 gleichzeitig eine Pharyngitis zeigten, ist zu bemerken, dass eigentlich regelmässig sich dabei eine Veränderung der Pharynxschleimhaut

findet, nur braucht sie nicht immer in der atrophischen Form zu bestehen. Oft findet man auch diffuse Hypertrophie oder eine Mischung von mehr oder minder ausgesprochener Atrophie und Granulationsbildungen; beinahe immer aber geht vom Pharynx eine pathologische Sekretion aus.

Nur in einem Falle bestand neben der Atrophie der Nasenschleimhaut ein acuter Schnupfen, eine seltene Erscheinung, auf die *Jurasz* besonders aufmerksam macht. Ob sich aber daran eine Heilung oder Besserung anschloss, konnte nicht festgestellt werden, weil Patient aus der Behandlung blieb. Weiter war die Ozäna in 6 Fällen mit chronischem Mittelohrkatarrh, in 3 mit Ekzem der Nase, in je einem mit Conjunctivitis und Stenose des Thränenkanals compliciert.

Wenn hier von Ozäna gesprochen wird, so ist diese Bezeichnung näher zu definieren, weil über dieselbe unter den verschiedensten Autoren noch immer keine Übereinstimmung herrscht. Wir betrachten unter diesem Namen die gleiche Erkrankung, welche sonst auch als Rhinitis sicca, atrophica oder fötida bezeichnet wird. Die Bezeichnung Rhinitis fötida als eine unbestimmte möchten wir ganz streichen. Die Begründung der obigen Anschauung wird sich aus der weiteren Besprechung ergeben.

Auf die bekannten anatomischen Veränderungen des Nasengerüsts und der Schleimheit wollen wir hier nicht eingehen, sondern vor allem versuchen, aus den klinischen Beobachtungen einige Schlüsse zu ziehen. Zunächst ist es aufgefallen, dass im Vergleich zu andern Gegenden im hiesigen Bezirk die atrophische Form der Rhinitis verhältnismässig häufig zu sein scheint. (In den Polikliniken wurden im Jahre 1890 unter 950 Erkrankungen der Nase in Berlin 90, unter 114 in Göttingen 8, unter 8 in Greifswald 2, unter 195 in Königsberg 2 Fälle von Ozäna beobachtet, und im Jahre 91 unter 982 in Berlin 61 und unter 113 in Göttingen 5 Fälle.) Sucht man hierfür eine Erklärung, so ist vor allem zweierlei aufgefallen, erstens eine geringe Beachtung der nötigen Körperpflege, und was für die vorliegende Frage am meisten in Betracht kommt, ein ungenügen-

des, oder überhaupt nicht ausgeführtes Säubern der Nase, so dass es z. B. öfters vorgekommen ist, dass schon ziemlich grosse Kinder auch mit Aufwand von Mühe und Zeit nicht dahin zu bringen waren, sich zu schnäuzen, höchstens aspirierten sie Sekret aus der Nase in den Nasenrachenraum. Auch bei den Erwachsenen scheinen die mehr oder weniger ländlichen Methoden der Art des Schnäuzens wenig im Gebrauch zu sein. Es ist selten, dass man auch nach eben ausgeführtem Schnäuzen nicht noch Schleimmassen in den Nasengängen vorfindet. Auf der anderen Seite liegt in der hier noch sehr verbreiteten Volkstracht ein Moment, welches jeden Augenblick zu ganz unmotivierten Erhitzungen und Abkühlungen Veranlassung giebt. Dazu kommt noch, dass Körperwaschungen und dadurch Abhärtungen der Haut auch zu den grössten Seltenheiten gehören. Man kann häufig Erwachsene treffen, die seit einer Reihe von Jahren kein Bad genommen haben. Wo aber, wenn auch nur partielle Waschungen vorgenommen werden, scheint es in einzelnen Dörfern selbst in der armen Bevölkerung Sitte zu sein, sich nur warmen Wassers zu bedienen und das vor allem zur kalten Jahreszeit. Es sind dies alles Veranlassungen zu häufig sich wiederholenden katarrhalischen Schleimhauterkrankungen. So drängt sich bei der Beobachtung der verschiedensten Patienten die Überzeugung auf, dass in einer grossen Zahl die atrophische Form der Rhinitis aus chronischen Reizzuständen d. h. aus der hypertrophischen Form hervorgegangen ist. Man kann sich geradezu aus den verschiedenen Fällen den stufenweisen Fortschritt der Erkrankung zusammenstellen. Verdächtig auf beginnende Atrophie erscheint eine Schleimhaut, sobald nach mehrwöchentlicher Beobachtung der mehr oder weniger reichliche Schleim sehr zäh ist, so dass er zwischen den Schleimhautflächen Fäden und Brücken bildet, etwas eiterigen Charakter zeigt und hier und da, wenn auch nur in kleinen Partikelchen, antrocknet, selbst wenn im übrigen auch die Schleimhaut sich in einem Zustande starker chronischer Hypertrophie befindet. Schreitet die Atrophie nun vorwärts, so kann das Lumen der

Nasengänge schon über das normale Mass sich erweitert haben, die Schleimhaut aber besonders der Muscheln ist noch immer in einem Zustande der Hypertrophie. In diesem Stadium besteht schon wesentlich mehr Neigung des Sekretes zum Festtrocknen in grösseren Stücken. Der Fötor fehlt hier meist noch, oder er kündigt sich erst schwach an durch einen schwachen, eigentümlich faden Geruch, der sich aber noch nicht im entferntesten mit dem der ausgebildeten Ozäna vergleichen lässt. Auch das Riechvermögen ist in diesen Fällen meist noch nicht sehr alteriert. Erst in der weiteren Entwicklung schwinden Schleimhaut und Muscheln mehr und mehr. Die ausserordentlich weiten Nasengänge, in denen kaum noch Andeutungen von Muscheln gefunden werden, sind rundum mit den bekannten graugrünen Borken überzogen oder auch bis zur Undurchgängigkeit ausgefüllt, so dass manche Patienten wegen »Stockschnupfens« Hilfe nachsuchen; der charakteristische Geruch macht sie schon auf mehrere Schritte bemerkbar und das Geruchsvermögen ist ganz verloren. Diese Art der Entstehung ist nach unserer Überzeugung die häufigste. Ob eine spezifische Infection angenommen werden muss, um die hypertrophische Form der Rhinitis in die atrophische überzuführen, lassen wir dahingestellt; in manchen Fällen möchte man sehr zu dieser Annahme neigen, besonders wenn Personen, welche Jahre lang im engsten Verkehr zu einander gestanden haben, in der gleichen Weise erkranken. Auch lässt sich die Anschauung, dass in einer Familie, in der sich die Ozäna eingenistet hat, eine gewisse erbliche Anlage in dem Bau des Nasengerüstes besteht, nicht ganz von der Hand weisen. Denn weite Nasengänge, wie sie bei niedrigen, breiten Nasen vorkommen, neigen zweifellos eher zu dieser Erkrankung als enge, wie sie den hohen, schmalen Nasen eigen zu sein pflegen. Vielleicht könnte man schon aus dem Gesichtstypus der Bevölkerung einen Schluss ziehen, ob in einer Gegend Ozäna häufig ist oder nicht.

Ebenso halten wir es nicht für ausgeschlossen, dass schwere acute Erkrankungen, welche sehr alterierend auf die Schleim-

haut einwirken, wie z. B. die Diphtherie, den ersten Anstoss zu diesen Veränderungen geben können. Erst vor kurzem beobachteten wir einen Fall, in dem vor einigen Jahren von anderer Seite wegen Hypertrophie der Schleimhaut mehrfach Chromsäure-ätzungen vorgenommen waren. Es bestand jetzt eine ausgesprochene Rhinitis atrophica. Es lässt sich ja jetzt nicht mehr sagen, ob in diesem Falle die Hypertrophie nicht die Form zeigte, welche als Vorstadium der Atrophie aufgefasst werden muss. Wir halten es aber für möglich, dass auch eine Nasenschleimhaut, welche nicht zur Atrophie neigt, durch häufige Berührung mit Ätzmitteln, die gern weit auseinanderlaufen, in einen Zustand der Atrophie übergeführt werden kann. Wir sind überzeugt, dass man durch örtlich beschränkte galvanokaustische Behandlung der Hypertrophie nicht so leicht in dieser Richtung schaden kann. Einen weiteren Fall beobachteten wir vor kurzem, wo eine einseitige ausgesprochene Atrophie sich entwickelt hatte durch den mehrmonatlichen Aufenthalt eines recht ansehnlichen Eisenchlorid-Wattepfropfes, der wegen Nasenblutens eingeführt und nicht wieder entfernt worden war. Wenn solche Fälle, wie die letzten, dafür sprechen, dass auch auf künstlichem Wege eine Atrophie erzeugt werden kann, so fällt diese Entstehungsweise im übrigen bei unserer Landbevölkerung weg.

Weiter wird noch etwas Licht auf die Genese der Ozäna geworfen, wenn man seine Aufmerksamkeit auf die Entwicklung der atrophischen Pharyngitis richtet. Es ist schon oben durch die einfache Zusammenstellung der Zahlen darauf hingewiesen, dass die Rhinitis und Pharyngitis atrophica recht häufig zusammen vorkommen. Für viele dieser Fälle ist wohl anzunehmen, dass die Erkrankung von der Nase auf den Pharyngealraum übergewandert ist, andere Fälle aber sprechen unbedingt dafür, dass auch der Pharynx primär erkranken kann, und von hier aus die Nase erst secundär in Mitleidenschaft gezogen wird. So konnte bei einem 14jährigen Mädchen folgendes beobachtet werden: Es kam mit der Klage, dass sie einen unangenehmen Geruch in der Nase empfinde; dieser war auch objectiv nach-

weisbar. Die Nasenschleimhaut befand sich in einem Zustand chronischer Hypertrophie mit etwas reichlicher, schwach eiteriger Sekretion, zunächst ohne charakteristische Zeichen beginnender atrophischer Rhinitis. Auch die Pharynxschleimhaut war gereizt und geschwollen und im Nasenrachenraum fand sich bei der Untersuchung regelmässig in zähen Klumpen festhaftendes, grau-grünes Sekret. Da die Hauptveränderung im Nasenrachenraum ihren Sitz zu haben schien, wurde des Experimentes wegen zunächst nur dieser behandelt und regelmässig mit Jodjodkaliglycerin gepinselt. Schon nach wenigen Tagen wurde das Sekret lockerer, weniger und der Fötor verschwand sowohl subjectiv wie auch objectiv. Wurde das Pinseln des Pharynx eine Zeit lang ausgesetzt, so trat der frühere Zustand wieder ein. Der Fall ist nicht genügend lange beobachtet, um über den schliesslichen Verlauf der Erkrankung berichten zu können.

In ähnlicher Weise, nämlich wie die Erkrankung der Nase, fassen wir die Entstehung der primären Pharyngitis sicca auf. Auch diese entwickelt sich wohl meist aus chronischen Reizzuständen, die oft in der ersten Zeit mit Hypertrophie einhergehen; nur ist hier vor allem der Zustand des Rachendaches zu berücksichtigen. Es finden sich hier regelmässig Taschen und Spalten zwischen weichen, mehr oder weniger mit einander verwachsenen Längswülsten, aus denen ein zähes, eiteriges Sekret hervorquillt. Letzteres neigt sehr zum Festhaften auf der nächsten Umgebung und besonders beim Herabfliessen nach der hinteren Rachenwand. Gelingt es im frühen Stadium, die krankhafte Sekretion durch Beseitigen der Wülste und Taschen zum Verschwinden zu bringen, so lässt sich nicht selten in der Veränderung der bereits beginnenden Atrophie der Rachenschleimhaut ein Stillstand erzielen, ja oft hat man direct den Eindruck, als wenn dann die Rachenschleimhaut sich bis zu einem gewissen Grade wieder erhole und gar normal funktioniere. Ein ähnliches Resultat kann man auch erzielen, wenn man regelmässig wenn möglich täglich, das Sekret aus dem Nasenrachenraum und besonders von der Oberfläche der Rachenschleimhaut entfernt.

Die Besserung dauert aber nach dem Aufhören mit den Pinselungen nicht lange an, wenn man nicht den eigentlichen Herd der Erkrankung am Rachendach beseitigt, während bei ausschliesslicher Behandlung des Rachendaches sofort eine günstige Wendung eintritt im Bezug auf die lästigen Schleimansammlungen an den Rachenwänden. In diesen Fällen kann man nun auch recht gut beobachten, wie die Atrophie der Schleimhaut an den Stellen, meist ist es die hintere Rachenwand, am ehesten und deutlichsten sich ausbildet, auf welchen das festhaftende, oft zu Krusten eintrocknende Sekret festzusitzen pflegt, wie die Schleimhaut ein viel besseres Aussehen zeigt, sobald man eine Zeit lang verhindert hat, dass das Sekret sich auf ihr festsetzt.

Diese Beobachtungen geben dann zur gleichen Zeit die Richtung für die einzuschlagende Therapie. Zunächst ist das Bestreben darauf gerichtet, eine Änderung in der pathologischen Sekretion zu erreichen und, was ebenso wichtig ist, das pathologische Sekret recht häufig und so vollständig wie möglich von der Schleimhaut zu entfernen. In der Nase geschieht das in dem Anfangsstadium, wo im wesentlichen Schwellungszustände der Schleimhaut bestehen, zunächst dadurch, dass man für die Wegsamkeit der Nasengänge sorgt, was am schnellsten und sichersten durch galvanokaustische Behandlung geschieht; dann müssen die Patienten angehalten werden, sich der Nasenatmung zu bedienen und durch regelmässiges und richtiges Schnäuzen sich die Nase frei zu halten. Weiter wird die Therapie unterstützt durch Anwendung eines geeigneten Schnupfpulvers. Es soll hier gleich erwähnt werden, dass wir jedes Schnupfpulver, welches unlösliche Massen wie Amylum und Ähnliches mit sich führt, bei der Anwendung auf die Respirationsschleimhaut verwerfen. Am geeignetsten erscheint das Natron biboracicum, welches zunächst beim Schnupfen als Fremdkörper zu vermehrter wässriger Sekretion reizt und dadurch das pathologische Sekret leichter herausbefördern hilft. Es löst sich in dem Sekret selbst auf und kann dadurch nicht als Ballast und dauernd reizende Masse auf der Schleimhaut liegen bleiben oder gar wieder mit

dem Sekret zu Krusten festtrocknen. Ausserdem haben wir oft auch den Eindruck gehabt, als wirke der Gebrauch von Borax auf die Schleimhaut im günstigen Sinne alterierend ein. Ist das Sekret mehr oder weniger eiterig, wie es sich bei beginnender Ozäna meist findet, so erscheint es angezeigt, dem Pulver eine etwas stärker desinficierende und auch adstringierende Wirkung zu geben. Zu diesem Zwecke wurde mit gutem Erfolge dem Borax, Jodol, Bismuthum subnitricum, in der letzten Zeit auch Alumnol in 1—10% Mischung zugesetzt. Ist die Erkrankung schon weiter vorgeschritten, so dass schon Krustenbildung sich zeigt, so ist unser erstes Bestreben, diese zu verhindern. Zu diesem Zwecke genügt ein Schnupfpulver allein nicht mehr. Hier wenden wir die vordere auf beiden Seiten wechselnde Tamponade der Nasengänge an und zwar so, dass ein nicht zu fester Wattepfropf, der aber den Naseneingang vollständig ausfüllen muss, während des Tages auf der einen, während der Nacht auf der anderen Seite getragen wird. Es möge hier nebenbei bemerkt werden, dass hierzu einfach entfettete Watte, Wundwatte am besten ist, während Carbol- oder auch Salicylwatte nicht selten reizt und besonders am Naseneingang zu Ekzem und Ähnlichem Veranlassung giebt. Auch die durch die Benutzung von Boraxpulver vermehrte Sekretion ruft bei empfindlicher Haut leicht eine Reizung hervor, ähnlich wie bei acutem Nasenkatarrh, doch lässt sie sich leicht beseitigen oder auch ganz vermeiden durch öftere Einfettung des Naseneinganges mit irgend einer indifferenten oder schwach desinficierenden Salbe. Nur in den hochgradigsten Fällen von Ozäna gelingt es nicht, durch die Combination der Tamponade und des Schnupfpulvers die Borkenbildung zu beherrschen und die Nase von Sekret frei zu halten. Nur für diese haben wir uns die Durchspülung der Nase mit warmer physiologischer Kochsalzlösung reserviert, aber auch diese stets in Verbindung mit der obigen Behandlung. Man kann nämlich leicht beobachten, wie bei dieser Combination es genügt, ein bis höchstens zwei Liter Wasser durch die Nase laufen zu lassen, um sie vollständig zu reinigen,

während bei ausschliesslicher Anwendung der Ausspülung oft zehn und mehr Liter noch festes Sekret zurücklassen. Die Durchspülung der Nase wird von den Patienten selbst in zweckmässiger Weise nur mit dem Irrigator ausgeführt. Spritzt man selbst die Nase aus, so kann man dazu auch ganz gut eine Spritze mit dünnem Strahl verwenden, welchen man dann stets auf die Stellen richtet, wo noch Massen festhaften. Überlässt man die Pflege und Behandlung der Nase dem Kranken im wesentlichen allein, so ist es natürlich notwendig, ihm in jedem einzelnen Falle eine Anweisung mit auf den Weg zu geben. Wir haben oft dabei den Eindruck gehabt, dass richtige Verordnungen ohne Resultat blieben, weil die Ausführung derselben nicht sachgemäss war. Auch pflegen wir unsere Patienten anfangs häufiger, später in grösseren Zwischenräumen zu kontrollieren, um uns von dem Erfolge, der bei richtiger Beachtung der Vorschriften eintreten muss, zu überzeugen.

Ausser den oben angeführten Behandlungsmethoden sind noch verschiedene, von anderer Seite empfohlene, versucht worden, ohne dass wir uns entschliessen konnten sie als zweckmässig beizubehalten. Sobald man die Krustenbildung in der Nase verhindert, und das gelingt gewöhnlich schon nach wenigen Tagen, ist der Fötor verschwunden, und ausserdem haben wir mehrfach Fälle beobachtet, wo in früheren Jahren Fötor bestanden hatte, zur Zeit der Untersuchung fanden sich aber nur ausserordentlich weite Nasengänge mit hochgradig atrophischer Schleimhaut ausgekleidet und im mässigen Grade mit Borken bedeckt, ohne dass ein Fötor wahrzunehmen war. Das ist der Grund, weswegen wir den letzteren nicht als charakteristisch für die Erkrankung ansehen können. Wir verstehen aber heut zu Tage unter dem landläufigen Ausdruck »Ozäna« eine atrophische Rhinitis in den verschiedensten Stadien ihrer Entwicklung, die in ihren ausgebildeten Formen eine ausgesprochene Rhinitis sicca ist.

Im Nasenrachenraum gelingt es gewöhnlich nicht, weder durch Einspritzen noch Einstäuben von Flüssigkeiten, das Sekret

zu entfernen, sodass die in diesen Flüssigkeiten beigegebenen Medikamente sofort mit der Schleimhaut in Berührung kommen können. Zu diesem Zwecke benutzen wir einen mit einem ziemlich festen Stiel versehenen, biegsamen Stahl- oder Neusilberdraht, an dessen rauh gemachter Spitze für jede einzelne Anwendung ein neuer Wattepinsel aufgewickelt wird. Damit gelingt es verhältnissmässig leicht, das Sekret hinwegzuwischen und das imbibierte Medikament mit den Schleimhautflächen in Berührung zu bringen; aber auch hier ist es notwendig, die Angehörigen des Kranken einzuüben, soll die Manipulation in zweckentsprechender Weise zu Hause vorgenommen werden.

Betrachten wir nun die Veränderungen, welche sich im Larynx zeigen, sobald er von der oben geschilderten Erkrankung ergriffen wird, so findet sich hier je nach der Zeit der Untersuchung ein sehr wechselndes Bild. Wir wollen dasselbe im folgenden etwas eingehender schildern, weil unsere Befunde nicht ganz mit anderen Autoren, z. B. mit der Darstellung *Gottsteins* in der vierten Auflage seines Lehrbuches übereinstimmen. Wir wollen bemerken, dass die Beobachtungen auch in ganz zweifellosen Fällen von Laryngitis sicca gemacht werden konnten, und so dass nicht der geringste Zweifel an der Art der Erkrankung möglich war. Bei einer Untersuchung findet man die Larynxschleimhaut blass, die Stimmbänder etwas grau oder mehr oder weniger graurot verfärbt, etwas verdickt, den Schluss meist nicht ganz vollständig, so dass die Stimme gewöhnlich etwas belegt klingt; zu anderer Zeit findet sich annähernd das gleiche Bild, nur sind einzelne Stellen der Schleimhaut und zwar am häufigsten die hintere Larynxwand, die Stimmbänder und recht oft auch die vordere Trachealwand mit zähem, festhaftenden, häufig auch zu Krusten angetrockneten Sekret bedeckt. Das Sekret kann manchmal auch in grösseren Klumpen nahe unter der Glottis liegen und wegen seines hartnäckigen Festsitzens und manchmal eigentümlicher Färbung in seltenen Fällen auch einmal einen Tumor vortäuschen, doch wird in solchen Fällen bei der häufigen Untersuchung durch den Wechsel des

Bildes leicht Aufklärung verschafft. Wieder zu anderen Zeiten ist die Schleimhaut teils durch äussere Schädlichkeiten, teils aber auch, wie es scheint, durch den Reiz des anhaftenden Sekretes mehr oder weniger gereizt, d. h. gerötet und geschwollen, die Schleimhautoberfläche bewahrt dabei aber ein trockenes Aussehen. Manchmal sieht man dann, und vorwiegend in diesem Zustande, die Sekretkrusten mit trockenem Blut durchsetzt. Ist das Sekret zufällig zur Zeit der Untersuchung vollständig ausgeworfen, so kann das Bild leicht mit dem eines acuten Larynxkatarrhs verwechselt werden. Auch frische Blutstreifen sieht man mitunter auf der geröteten Schleimhaut. In noch andern Fällen ist die Schleimhaut mehr blassrot, gewulstet, in allen Vertiefungen und Falten mehr oder weniger mit eiteriger Flüssigkeit umspült. Bedenkt man, dass gerade die hintere Larynxwand bei diesen Zuständen gereizt und geschwollen ist, besonders wenn das Sekret vom Pharynx herabfliesst, so ist es leicht begreiflich, wie diese Zustände mit Larynx tuberkulose in Beziehung gebracht werden konnten, wobei natürlich nicht geleugnet werden soll, dass nicht zufällig auch einmal ein trockener Katarrh der oberen Luftwege zugleich mit Lungenphthise bei demselben Individuum vorkommen könnte. Untersucht man eine solche Laryngitis sicca, deren Bild den Verdacht der Tuberkulose erwecken könnte, öfter, so wird man zu anderen Zeiten diesen Verdacht vollständig aufgeben. Verfolgt man diese wechselnden Erscheinungen bei den Kranken, so bietet ihr Aussehen in den verschiedensten Stadien doch so viel charakteristisches, dass man selbst in etwas zweifelhaften Fällen schon bei der ersten Untersuchung mit Sicherheit die richtige Diagnose stellen wird, um so mehr, wenn man eine gleichzeitig bestehende Rhinitis und Pharyngitis sicca feststellen, eine Erkrankung der Lungen aber ausschliessen kann.

Eine Laryngitis acuta sicca im Sinne *Gottsteins* haben wir nicht beobachten können. Bei stärkerem Sekretbelag oder stärkerem Reizzustande ist natürlich auch die Heiserkeit mehr

ausgesprochen. Bei einem Soldaten, der häufig besonders bei Körperanstrengungen über dyspnoësche Anfälle klagte, fanden sich zu beiden Seiten unterhalb der Glottis blasse hypertrophische Schleimhautwülste, die als Papillome und als Ursache der Dyspnoë angesehen waren. Auch in diesem Falle konnte das festhaftende Sekret oft bis tief in die Trachea verfolgt werden; wenn hier die Larynxschleimhaut sich in einem Reizzustande befand, so konnte man diesen meist auch in der Trachea beobachten: die Trachealringe waren verschwommen, die Schleimhaut gerötet und aufgelockert. Diesem Patienten konnte sehr bald nach dem Befunde der Untersuchung gesagt werden, ob seine Atmung frei oder behindert sei, je nachdem weniger oder mehr festhaftendes Sekret gefunden wurde, der beste Beweis, dass das Atmungshindernis nicht durch die subglottischen Wülste gebildet wurde, die übrigens bei der Inspiration weit genug auseinander wichen. Sie wurden aber trotzdem schon wegen der Kontrolle der vorgesetzten Behörden durch wiederholte galvanokaustische Ätzung vollkommen beseitigt. Der Zustand blieb dabei derselbe. Vorübergehende Linderung seiner Beschwerden brachten regelmässige Pinselungen mit Jodjodkaliglycerin, sobald er sich aber wieder Schädlichkeiten aussetzte, vor allem aber nach Dienst in der staubigen Exercierhalle, kamen seine Beschwerden wieder zum Ausbruch.

Das Bild bei allen beobachteten Fällen von Laryngitis sicca war mit geringem Wechsel dem oben geschilderten ähnlich, auch die Behandlung bei dem recht hartnäckigen Leiden die gleiche. Konnten die Kranken nicht regelmässig zur Behandlung kommen, so wurde in manchen Fällen nur häufiges Einatmen von Wasserdämpfen, in anderen die Anwendung eines Inhalationsapparates angeordnet. Schon durch die häufige Befeuchtung und Auflockerung des Sekretes wurden die Beschwerden regelmässig ganz bedeutend vermindert. Fötor wie bei atrophischer Rhinitis wurde vom Larynx aus nicht beobachtet.

Unter Hyperplasie der Nasenschleimhaut sind diejenigen Fälle begriffen, bei denen es zu einer mehr oder weniger starken Hypertrophie der vorderen oder hinteren Muschelenden oder der ganzen Schleimhaut gekommen ist. Vorwiegend hypertrophisch war die untere Muschel. Von den 101 Fällen war diese 95 mal erkrankt, 84 mal waren beide Muscheln gleichzeitig und 11 mal nur die eine ergriffen. Die mittleren Muscheln fanden sich nur in 2 Fällen zugleich mit den unteren stärker hypertrophisch. Die diffuse Hypertrophie der Schleimhaut kam in 5 Fällen zur Beobachtung und war jedesmal doppelseitig. Was die Verteilung auf Alter und Geschlecht betrifft, so fiel die grösste Anzahl der Fälle zwischen das 10. und 40. Lebensjahr, hiervon waren die Jahre von 10 bis 20 am stärksten vertreten; 75 mal wurde die Erkrankung beim männlichen und 26 mal beim weiblichen Geschlecht beobachtet. Das letztere hängt wohl damit zusammen, dass der Mann durch seine Berufsthätigkeit mehr äusseren Schädlichkeiten ausgesetzt ist als die Frau und infolgedessen mehr zu katarrhalischen Entzündungen neigt, die vielleicht in ätiologischer Beziehung eine Rolle spielen. Nebenbei bestand 25 mal chronischer Mittelohrkatarrh, 11 mal chronische Pharyngitis, 4 mal chronische Laryngitis, 10 mal eine Hypertrophie der Rachentonsille, 4 mal nervöse Schwerhörigkeit, je einmal ein Empyem der Highmorshöhle, eine Struma, eine Stenose des Thränenkanals und in 3 Fällen Nasenpolypen.

Bei den Angriffen, welche die galvanokaustische Behandlung der Nase vielfach in der letzten Zeit erfahren hat, halten wir es für notwendig, unsere Stellung zu derselben etwas genauer mitzuteilen. Bei sehr hochgradiger Hypertrophie haben wir jeder anderen Behandlungsmethode die Entfernung ganzer Stücke hypertrophischer Schleimhaut vom unteren Rande der unteren Muschel mit der galvanokaustischen Schlinge vorgezogen, weil sie am schnellsten zum Ziele führt, ohne dass irgend welche schädigende Folgen zu bemerken gewesen wären. Besonders eignet sich diese Behandlungsweise am besten für die manchmal recht starken Hypertrophieen des hinteren Endes der unteren

Muschel, welches dann in den Nasenrachenraum hineinhängt und in manchen Fällen bei der Untersuchung leicht übersehen werden kann, teils weil es bei den oft wechselnden Schwellungszuständen während der Untersuchung gerade contrahiert und nach oben gezogen ist, teils weil es besonders bei geringer Übung in der Untersuchung leicht für die hintere Rachenwand angesehen wird, während die Nase im übrigen ziemlich frei ist. Da eingehende Untersuchungen der Nase, vor allem aber operative Eingriffe stets nur nach vorhergehender Cocainisierung vorgenommen werden, so ist es dann manchmal nicht mehr möglich, genügende Stücke mit der Schlinge zu fassen, weil eine zu starke Contraction des Gewebes eingetreten ist. Diese Fälle muss man dann ebenso behandeln wie andere Hypertrophieen, denen man mit der Schlinge nicht beikommen zu können glaubt. Sie werden einfach mit dem gewöhnlichen Brenner kauterisiert und zwar so, dass man sich im wesentlichen auf den unteren Rand der unteren Muschel beschränkt, hier aber und vor allem an den stärker hypertrophischen Partien den Brenner recht energisch wirken lässt, so dass man recht häufig mit dem unteren Rande der knöchernen Muschel in Berührung kommt. Dadurch dass die am meisten geschwollenen Stellen gleich in der ersten Sitzung möglichst gründlich beseitigt werden, bleibt die Nase gewöhnlich trotz der eintretenden reactionären Entzündung gleich freier, infolgedessen sind auch schon die Beschwerden der Reaction verhältnismässig gering oder fallen ganz weg und der dauernde Erfolg schon eines einmaligen Eingriffes ist recht bemerkbar, oft überhaupt vollständig genügend. Von einer später dauernden Schädigung, welche durch diese Behandlung hervorgerufen sein könnte, haben wir nie etwas gesehen, dagegen ist es früher, als ausser dem Brenner noch andere Behandlungsmethoden angewandt wurden, öfters vorgekommen, dass Patienten wünschten gebrannt zu werden, weil sie von Leidensgenossen erfahren hatten, dass sie so leichter und schneller geheilt würden. Wenn man die Hypertrophie des hinteren Endes der unteren Muschel durch einfaches Brennen verkleinern will,

ist daran zu denken, dass sie dem angedrückten Instrument leicht ausweicht; deswegen muss gerade hier der Eingriff öfter wiederholt werden. Ist ein grösseres Stück der geschwollenen Partie mit der Schlinge abgetragen und vor allem, wenn das abgetragene Stück das hintere Ende der unteren Muschel war, muss man stets darauf gefasst sein, dass möglicherweise hinterher eine Blutung eintritt, die zuweilen recht stark und hartnäckig ist. Diese Blutung stellt sich gewöhnlich ein, wenn ungefähr die Wirkung des Cocains aufhört, das ist ungefähr zwei Stunden nach dem Eingriffe. Es werden deswegen allen Patienten, welche sich der kleinen Operation unterziehen, Weisungen mit auf den Weg gegeben, dass sie alles, was einen stärkeren Blutzufluss oder auch eine Stauung in diesen Teilen bewirken kann, im Laufe des Tages vermeiden. Seitdem haben wir selten mehr von einer Blutung etwas gehört und auch in diesen Fällen hatten sich die Patienten selbst die Schuld zuzuschreiben.

Herr Prof. *Barth* ist schon seit Jahren bei der Behandlung der diffusen Hypertrophie der Schleimhaut mit der Galvanokaustik und anderen Behandlungsmethoden nicht recht zufrieden und ist deshalb in der letzten Zeit die Massage versucht; leider stehen für diese Beobachtung nur zwei Fälle zur Verfügung. In dem einen handelte es sich um einen Studenten mit vollständiger Verlegung der Nasengänge, bei dem schon nach drei bis vier Sitzungen die Empfindlichkeit gegen die Massage merklich nachliess, die Nasengänge freier wurden und auch seine subjectiven Beschwerden — Stirndruck, häufige Kopfschmerzen, Augenthänen — sich besserten. Am Ende des Semesters nach etwa 20 Sitzungen konnte eine wesentliche Besserung constatirt werden, alsdann verloren wir den Kranken durch den Wechsel der Universität aus dem Auge. Der zweite Fall betrifft eine 42 Jahre alte sehr sensible Frau, die an sehr starkem Kopfschmerz, Jucken und Kribbeln am ganzen Kopf besonders an der Stirngegend, Augenthänen und Reizung der Conjunctiva litt. Energische Kauterisation der unteren Muscheln hatte zweimal fast vollständiges Verschwinden ihrer Beschwerden über

zwei Monate lang zur Folge. Als sie ein drittes Mal mit vollständiger Verlegung der Nasengänge und ihren alten Beschwerden wiederkehrte, wurde die Massage versucht, die ihr aber so wenig zusagte, dass sie nach der dritten Sitzung aus der Behandlung wegblieb. So sind wir nicht in der Lage, uns bis jetzt über den schliesslichen Erfolg einer länger durchgeführten Massage ein Urteil zu bilden.

Auf die beobachteten Fälle von Epistaxis will ich hier nicht näher eingehen, da diese von anderer Seite genauer beschrieben sind; nur möchte ich einen Fall erwähnen, bei dem neben einem vicariierenden Nasenbluten eine Rötung und Hyperhidrosis der Nasenspitze bestand und bei dem die eingeschlagene Therapie guten Erfolg hatte. Es handelt sich um ein 22jähriges Dienstmädchen, das seit drei Jahren an einer roten Nase und öfters zu der Zeit an Nasenbluten leidet, wo Patientin sonst die Menstruation erwartet, ohne dass aber ein Einfluss auf dieselbe, die sonst regelmässig war, beobachtet wird. Die Untersuchung ergab: Hyperhidrosis der Nasenspitze; unter der Epidermis befinden sich kleine bläuliche Stellen, die meist von erweiterten Gefässen umzogen sind. Beim Anstechen dieser Stellen entleert sich klare Flüssigkeit. Die Schleimhaut des Septums ist stark gerötet und in derselben sind mehrere erweiterte Gefässe deutlich zu erkennen. Die kleinen Cysten werden eröffnet und Waschungen mit einer 1 proc. Sublimatlösung angeordnet. Ausserdem aber wird auf beiden Seiten des Septums an der Basis mit dem Galvanokauter ein Längsstrich gezogen, um die nach der Nasenspitze zu laufenden und erweiterten Gefässe zur Verödung zu bringen. Wie stets nach Zerstörung erweiterter und injicirter Gefässe war auch hier die über der kauterisierten Stelle gelegene Schleimhaut sofort wesentlich blasser. Sie ist es aber nun seit mehreren Monaten auch geblieben. Auch die Nasenspitze ist merklich weniger dick und nicht mehr so gerötet als früher. Die Schweissabsonderung jedoch wurde nicht beeinflusst. Patientin ist noch in Beobachtung.

Die fünf beobachteten Fälle von Empyem der Highmors-höhle will ich nicht näher beschreiben, weil später, wenn die Fälle zahlreicher geworden sind, über diese eingehender berichtet werden soll, nur will ich kurz bemerken, dass bei dreien ein lateraler Schleimhautwulst bestand, aber es trotzdem gelang, von der Nase aus die Höhle mit dem *Hartmann'schen* Röhrchen zu sondieren und auszuspülen. In den beiden anderen Fällen wurde nach der Entfernung cariöser Zahnreste die Eröffnung von der Alveole aus mit dem Troikart vorgenommen.

Die Zahl der Beobachtungen von Larynx tuberkulose beträgt 54, davon waren 38 männliche und 16 weibliche Patienten, wie es ja bekannt ist, dass Männer häufiger daran erkranken als Weiber. Auch in Bezug auf das Alter findet man bei der verhältnismässig geringen Anzahl der Fälle die bekannte Thatsache bestätigt, dass das dritte und vierte Decennium die meisten Erkrankungen aufweist. Eine primäre Erkrankung des Larynx konnte in keinem Falle mit absoluter Sicherheit festgestellt werden, obwohl man in einzelnen Fällen zweifelhaft sein konnte. Bemerkenswert wegen seines eigentümlichen Verlaufs ist folgender Fall: Eine 43 Jahre alte Frau war vor 8 Jahren kurz vor ihrer fünften Entbindung an Heiserkeit erkrankt, die sich beim Stillen des Kindes noch verschlimmerte. Wegen Körperschwäche wurde ihr vom verstorbenen Geheimrat *Roser* das weitere Stillen verboten und von weiteren Schwangerschaften dringend abgeraten. Seitdem wurde sie in den letzten Monaten zweier neuer Schwangerschaften von neuem heiser, so auch jetzt, wo sie im 7. Monat gravida ist. Der laryngoskopische Befund ergibt: Die Stimmbänder sind granulierend und verdickt und ihre Ränder belegt. Die hintere Larynxwand ist gewulstet und zeigt in der Mitte ein schmutzig belegtes Ulcus. An den Lungen ist nichts nachzuweisen. Es wurden Alauninhalationen und Kreosotpillen verordnet, die sie aber nicht lange genommen hat. Nach einem halben Jahre — sie war vor 3 Monaten entbunden — stellte sich Patientin wieder vor und erklärte, dass die Heiserkeit in

den letzten Wochen der Schwangerschaft bedeutend besser geworden sei. Bei der Untersuchung fand sich, dass das Ulcus geheilt war, nur war die hintere Larynxwand weisslich verdickt und die Schleimhaut mässig geschwollen. Patientin, die wir seit $\frac{3}{4}$ Jahren nicht mehr gesehen haben, fühlt sich nach der Aussage ihres Mannes jetzt ganz wohl.

Auf die Behandlung der Larynxphthise und des Lupus mit dem Tuberkulin und dessen Wirkung und Bedeutung als therapeutisches und diagnostisches Mittel will ich nicht näher eingehen, weil unsere Beobachtungen mit denen von Anderen gemachten im wesentlichen übereinstimmen, nur möchte ich erwähnen, dass unter den 19 behandelten Fällen keine einzige dauernde Heilung zu verzeichnen ist. Dagegen kann ich an dieser Stelle von drei Heilungen aus der Privatpraxis des Herrn Prof. *Barth* berichten, über die bis jetzt noch keine Mitteilung gemacht ist. In allen drei Fällen handelte es sich um tuberkulöse Geschwüre an der hinteren Larynxwand, die bald unter der Behandlung mit dem Tuberkulin in Heilung übergingen. Bei zweien, bis in die letzte Zeit kontrollierten, ist jetzt nach einem Zwischenraume von $2\frac{1}{2}$ Jahren kein Recidiv beobachtet, sodass man wohl eine definitive Heilung annehmen kann. Von dem dritten Fall ist nichts wieder gehört.

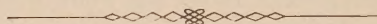
Syphilis scheint nach unseren Beobachtungen in hiesiger Gegend recht selten zu sein. Es wurden nur zwei Fälle beobachtet; in dem einen war die Diagnose von Anfang an recht zweifelhaft. Syphilis konnte nur ex juvantibus angenommen werden: Eine 63jährige Frau klagte seit einigen Monaten über zunehmende Atemnot besonders bei körperlichen Anstrengungen. In den ersten Tagen der Beobachtung bestand eine sehr starke Reizbarkeit des Pharynx, sodass ausser Schwellungszuständen nichts deutlich zu erkennen war. Es wurde ein Gurgelwasser und Jodkali innerlich verordnet. Nach wenigen Tagen liess die Empfindlichkeit nach und die Atmung wurde freier. Es fand sich jetzt bei der Untersuchung eine mässige Rötung und

Schwellung der Stimmbänder und in der vorderen Commissur ein Geschwür, welches auf beide Stimmbänder etwas überging. Daneben bestand eine starke subglottische Schwellung, welche den Eingang zur Trachea säbelscheidenförmig verengte. Die Behandlung blieb die gleiche, obwohl sich am übrigen Körper nichts fand, was für Syphilis sprach. Die Schwellungen gingen in kurzer Zeit zurück. Die Stimmbänder sind in der vorderen Commissur auf ca. 1 mm. verwachsen, ohne dass dadurch die Atmung beeinträchtigt wird. Der Klang der Stimme ist etwas belegt geblieben.

Von den fünf beobachteten Fällen von Stimmbandlähmung waren vier hysterischer Natur und wurden bei der ersten Untersuchung so beeinflusst, dass sie zum Zweck der Demonstration wieder bestellt, stets geheilt waren. Der fünfte Fall, eine Posticuslähmung, ist bemerkenswert wegen der Art seiner Entstehung. Ein junger Arzt hatte während der Behandlung einer durch einen Fall zugezogen Mastdarmverletzung am 16. VII. 92. zuerst nach einer zehn Minuten dauernden Chloroformnarkose Schmerzen und eine geringe Anschwellung in der Gegend der Schilddrüse zu beiden Seiten des Halses an sich beobachtet, zunächst ohne weitere Beschwerden. Sechzehn Tage später stellte sich nachts Heiserkeit ein von wechselnder Stärke bis fast zur Aphonie sich steigernd. Die Behandlung mit hydropatischen Umschlägen und Inhalationen mit Natrium chloratum oder Alaun hatten keine Wirkung. Eines Abends bekam er einen stärkeren Anfall von Atemnot, der nach dem Verlassen des Bettes sich besserte, sonst hatte er das Gefühl von Erschwerung der Inspiration. Patient war zuerst in Frankfurt, dann hier untersucht und in Behandlung. Es fand sich eine linksseitige Posticuslähmung, die ohne allen Zweifel auf die Vergrößerung der Schilddrüse zurückgeführt werden musste, obwohl die Vergrößerung nur eine mässige war. Als Ursache kann wohl nur eine starke venöse Stauung während der Narkose angenommen werden. Neben der Darreichung von Jodkali wurden systematische Atemübungen ange-

stellt, die Struma massiert und der Larynx faradisiert, worauf die Beschwerden des Patienten verschwunden sind. Die Heilung ist seit $\frac{3}{4}$ Jahren bis heute eine dauernde.

Zum Schlusse erfülle ich noch die angenehme Pflicht, meinem hochverehrten Lehrer, Herrn Prof. Dr. *Barth*, für die Anregung und Anleitung zu dieser Arbeit, sowie für die gütige Überlassung des Materials meinen verbindlichsten Dank auszusprechen.



Lebenslauf.

Richard Ueberhorst, evangel. Konfession, wurde geboren am 19. März 1866 als Sohn des Gutsbesitzers Julius Ueberhorst und seiner Ehefrau Anna, Elise geb. Dietrich zu Basdorf, Kreis Frankenberg. Meine schulwissenschaftliche Ausbildung erhielt ich auf dem Gymnasium zu Corbach, das ich im Herbst 1887 mit dem Zeugnisse der Reife verliess. Ich studierte dann zwei Jahre lang auf der Universität Marburg Medicin, bestand am Ende des Sommersemesters 1889 die ärztliche Vorprüfung und genügte vom 1. Oct. 1889 bis 1. April 1890 meiner Militärpflicht mit der Waffe bei der I. Comp. des Hess. Jäger-Bat. Nr. 11. Darauf siedelte ich zum Studium nach Berlin über und kehrte nach zwei Semestern wieder nach Marburg zurück, wo ich am 24. Febr. 1893 die ärztliche Staatsprüfung beendete und am 11. März d. J. mein Examen rigorosum bestand.

Während meiner Studienzeit besuchte ich die Vorlesungen und Kurse folgender Herren Professoren und Dozenten:

In Marburg: *Ahlfeld, v. Büngner, Cramer, Fränkel, Gasser, Göbel, Greeff, v. Heusinger, Hüter, Külz, Küster, Mannkopff, Marchand, Melde, H. Meyer, Müller, Rumpf, Strahl, Uthoff, Wagener, Zincke.*

In Berlin: *Baginsky, Dührssen, Klemperer, v. Noorden, Ohlshausen, Winter.*

Allen diesen Herren sage ich meinen aufrichtigen Dank.
